



### AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN DE SALUD

Por la presente autorizo al Hospital *Children's* a divulgar la siguiente información del expediente de salud de:

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nac. \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Cubriendo el(los) período(s) de cuidado a la salud

Desde (fecha) \_\_\_\_\_ Hasta (fecha) \_\_\_\_\_

Información a ser divulgada:

- Expediente(s) de Salud Completo(s)
  - Hospital
  - Clínicas de pacientes externos
  - Family Support
  - Urgencias
  - Home Healthcare
  - Children's Physicians
- Resumen del Alta
- Notas de Progreso
- Pruebas de Laboratorio
- Fotos, videos, imágenes digitales u otros
- Expediente de Salud Completo A EXCEPCIÓN DE: \_\_\_\_\_
- Historial y Examen Físico
- Reportes de Radiografías
- Reportes de Consultas
- Otros: \_\_\_\_\_

Yo entiendo que esto incluirá información relacionada con (marque si corresponde):

- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o infección de Virus de Inmunodeficiencia Humano (VIH)
- Servicios de Salud de Comportamiento/ Cuidado Psiquiátrico
- Expediente de la Clínica de Trastornos de la Alimentación

Esta información es para ser divulgada a (Nombre y Dirección) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

para el propósito de \_\_\_\_\_

Yo entiendo que esta información puede ser revocada por escrito, en cualquier momento, con la excepción de que ya se haya tomado acción en acuerdo con esta autorización. A no ser que haya sido revocada, esta autorización vencerá para la siguiente fecha, evento o condición ( Si no es especificado, vencerá 6 meses a partir de la fecha en que se firmó):

\_\_\_\_\_

Esta localidad, sus empleados, oficiales, y médicos, por la presente se liberan de cualquier responsabilidad legal por revelar la información mencionada y por la presente indicada y autorizada. Por favor, considere que es práctica del Hospital *Children's* de dar solamente información creada por esta entidad y no información que ya se haya dado y creado en otro lugar.

Firmado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Paciente)

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
o (Guardián legal) (Parentesco con el Paciente)

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Firma del Testigo) (Parentesco con el Paciente)

Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_  
(Válido solo por 180 días desde la fecha que se firmó)

**Please complete this Box before sending to HIM**

\_\_\_\_ Records need to be released by HIM

\_\_\_\_ Records have been released (check one below)

\_\_\_\_ Verbal \_\_\_\_ Faxed \_\_\_\_ Mailed \_\_\_\_ In-person

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_